

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

1418

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean LAVAL

Né le 22 Mai 1908 à Paris

**Contribution à l'étude clinique
et au diagnostic
de l'atélectasie pulmonaire
post-hémoptoïque**

Président : M. le Professeur TANON

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 et 13, Rue de l'École de Médecine

PARIS

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean LAVAL

Né le 22 Mai 1908 à Paris

**Contribution à l'étude clinique
et au
diagnostic de l'atélectasie
pulmonaire post-hémoptoïque**

Président : M. le Professeur TANON

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ
11 et 13, Rue de l'École de Médecine
PARIS

—
1939

LE DOYEN TIFFENEAU

I. -- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie Médicale.	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTIN'
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	TROISIER
Clinique cardiologie	MATHIEU.
	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-Sociale	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) .. Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 J. BEZANÇON Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS... Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.

HEITZ-BOYER ... Pathologie chirurgicale
 LARDENNOIS ... Pathologie chirurgicale
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 LE LORIER Obstétrique.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale
 VANDESCAL Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ...	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLE- RY - RADOT			
SEZARY			
	MM.		Clinique obstétricale.
ECALLE			
METZGER			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Eucation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A Monsieur le Professeur TANON

Professeur d'Hygiène
à la Faculté de Médecine de Paris.
Membre de l'Académie de Médecine
Conseiller technique sanitaire
au Ministère de la Santé Publique
Inspecteur général
des services techniques d'hygiène
Officier de la Légion d'honneur

*qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A LA MEMOIRE DE MON MAITRE

Monsieur le Professeur HOVELACQUE

En reconnaissance de la bienveillance qu'il m'a toujours témoignée et en remerciement de tout ce qu'il m'a appris.

A MES MAITRES DE LA FACULTE

DE MEDECINE DE PARIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX

A Monsieur le Docteur Henri NOUVION

Médecin chef du Sanatorium Joffre à Champrosay

Avec tous mes remerciements pour les conseils et les encouragements qu'il m'a toujours donnés.

A MES CAMARADES DE GUERRE
DE LA 1^{re} COMPAGNIE DE GENIE DU C.A.C.

Au Médecin général CAZANOVE
Directeur du Service de Santé du C.A.C.

INTRODUCTION ET DEFINITION

Depuis de nombreuses années déjà, l'on connaît, tant en France qu'à l'étranger, l'atélectasie pulmonaire. Elle a suscité bien des travaux dans tous les domaines clinique, radiologique, pathologique. En particulier, les manifestations décrites sous le nom « d'atélectasie pulmonaire post-hémoptoïque » ont été fort bien étudiées par les différents auteurs français. Il nous a semblé cependant, qu'une modeste contribution à l'étude clinique et au diagnostic de ce syndrome particulier présentait un certain intérêt. Nous nous sommes efforcés d'en dégager les principaux symptômes, parfois d'ailleurs difficiles à mettre en évidence, mais qu'il importe cependant de bien connaître de façon à établir un diagnostic et partant à porter un pronostic, en règle générale favorable.

... Auparavant, il importe de reprendre la définition du mot atélectasie et de préciser dans quels cas on pourra employer ce terme.

Le nom général d'atélectasie est employé quand il s'agit « d'un état spécial du parenchyme pulmonaire sain, d'étiologie variée, de pathogénie encore discutée et caractérisé anatomiquement par l'absence totale d'air dans les alvéoles pulmonaires qui se sont affaissés sur eux-mêmes, entraînant ainsi une diminution du volume du poumon ». Cette définition ne paraît cependant pas suffisante, car il importe de bien distinguer l'atélectasie du collapsus, termes qui furent en certains pays indifféremment pris l'un pour l'autre, ou préférés l'un à l'autre. Les auteurs américains emploient surtout le terme de collapsus, les Allemands font au contraire une distinction entre collapsus et atélectasie. En France, s'il est classique de distinguer les deux, le terme de collapsus aigu est parfois utilisé pour désigner l'atélectasie post-hémoptoïque qui nous intéresse. Il importe donc de définir les deux termes :

L'atélectasie est une apneumatose particulière, car le courant sanguin est conservé dans le territoire pulmonaire atteint. De plus, il y a abaissement de la pression endopleurale du fait du poumon qui a tendance à revenir sur lui-même et à créer de ce fait une véritable « aspiration pleurale ».

Le collapsus est également caractérisé par l'absence d'air dans les alvéoles, mais ici, la circulation sanguine est supprimée.

Le tulle caractérise ces deux états en disant que « l'atélectasie est rouge bleuâtre, le collapsus est pâle ». Le retour du poumon à l'état fœtal avec suppression de la fonction respiratoire caractérise donc l'atélectasie. En fait, c'est surtout la notion étiologique qui permettra de préciser qu'il s'agit de l'un ou l'autre état.

Quoi qu'il en soit, les difficultés diagnostiques sont toujours considérables. Un examen clinique rigoureux permet rarement d'y penser; il ne permet pas toujours de l'affirmer, en dehors d'un examen radiologique et manométrique, systématique. Le diagnostic d'atélectasie post-hémoptoïque est un diagnostic souvent difficile à porter. Tout doit être mis en œuvre pour l'affirmer ou l'infirmer afin de ne pas abuser d'un terme dont certains auteurs ont fait un trop large emploi. « C'est surtout aux interprétations hâtives ou inexactes des constatations radiologiques et essentiellement radiographiques qu'est due cette véritable psychose. » (E. Sergent.)

HISTORIQUE

C'est Jorg de Leipzig qui, le premier, en 1832, employa le terme d'atélectasie. Il l'appliqua à l'état physiologique du poumon du nouveau-né dont l'air n'a pas encore déplissé les alvéoles.

Il n'en est ensuite plus question jusqu'en 1844, où Legendre et Bailly la différencient de la pneumonie. Ils en font « un état fœtal non inflammatoire du poumon ». Peu après, en 1845, Mendelholm en fait une étude expérimentale. Puis Traube, Gairdner, Rilliet et Barthez, Virchow et d'autres tentent d'en étudier la pathogénie.

Malgré les travaux qui se multiplient, surtout à partir de la guerre de 1914, il faut attendre jusqu'en 1929 pour voir rapporter la première observation d'atelectasie post-hémoptoïque avec Wilson.

L'année suivante, Carl Müller publie une deuxième observation.

En 1933, Rousseau et Naveau publient le troisième cas, en même temps que Saye de Barcelone en rapporte plusieurs autres. Jacobeus publie une statistique de 16 % d'atélectasie à la suite des hémoptysies. Il s'agissait, en général, d'hémoptysies abondantes.

Tobe et Degeorges rapportent en 1934 un cas d'atélectasie massive chez un jeune homme de 23 ans.

Successivement Cordier et Bouquin, Carnot, Laffite et Bons précisent certains points particuliers et publient d'autres cas.

Depuis, les observations se multiplient et en 1938, la pathogénie est longuement étudiée dans la thèse d'Anglade.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Wilson)

Trois jours après une hémoptysie apparaissent des signes d'asphyxie, avec angoisse et un violent point de côté. Au bout de six jours, après rejet d'une quantité assez grande de sang, au milieu desquels se trouvaient deux moules bronchiques, il y a cessation brusque des accidents.

OBSERVATION II (Sayé)

Jeune homme de 18 ans, en pleine santé apparente. Hémoptysie de moyenne abondance qui dure trois jours. La température aux environs de $37^{\circ}4 - 37^{\circ}8$. Présence de BK dans l'expectoration. Une première radiographie faite le 30 avril 1931, quinze jours après l'hémoptysie, montre une

image nodulaire de type broncho-pneumonique à la base droite; on note de plus une élévation du diaphragme du même côté avec déviation de la trachée et du cœur.

Peu à peu l'image parenchymateuse se résorbe, mais persistent la légère élévation du diaphragme, la déviation du cœur et de la trachée.

Le 3 novembre 1934, trois ans et demi après l'hémoptysie et deux ans et demie après la résorption de l'image pulmonaire, en pleine guérison clinique, l'élévation du diaphragme, et la légère déviation de la trachée persistent encore.

OBSERVATION III (Sayé)

Jeune homme très bien portant, fait une hémoptysie qui dure quatre jours.

Tout d'un coup survient une violente douleur avec angoisse. On note une énorme rétraction thoracique. Le 10^e jour après l'expulsion d'un caillot sanguin, tout rentre dans l'ordre.

OBSERVATION IV (Stoïchitza)

Jeune homme de 20 ans. Hémoptysie qui dure trois jours. Les symptômes fonctionnels sont nuls.

Un examen pratiqué cinq jours après l'hémoptysie montre :

- une rétraction de tout l'hémithorax gauche;
- une matité sur presque toute la hauteur du poumon;
- un souffle interscapulo vertébral.

La pointe du cœur est déviée et bat dans le 4 espace intercostal en dedans du mamelon. On fait un essai de ponction pleurale qui ne donne rien. Deux jours après l'examen, on fait une radiographie qui montre :

- une obscurité totale de tout l'hémithorax gauche;
- une élévation de l'hémi-diaphragme gauche;
- une déviation du médiastin.

On porte le diagnostic de sclérose rétractile pleuro-pulmonaire. Quelques jours après, le malade expulse un caillot sanguin. Un examen physique et radioscopique pratiqués à ce moment ne montrent plus aucun signe.

OBSERVATION V (Tobé et Degeorges)

Malade de 23 ans. Le 20 août, il est pris soudain de frissons et se plaint d'un malaise général.

Le 30 août au soir, il fait une hémoptysie qui dure trois jours.

Le troisième jour, tout d'un coup, il ressent une constriction violente du thorax avec angoisse et étouffement.

Une radiographie pratiquée à ce moment montre une grosse rétraction de l'hémithorax. On conclut à sclérose rétractile avec adhérence pleuro-pulmonaire ancienne.

Au bout de quelques jours, tous les signes physiques et radiologiques disparaissent.

Le malade restait toutefois porteur de grosses lésions bilatérales ulcérées.

OBSERVATION VI (Cordier et Bouquin)

Jeune homme de 17 ans, présentant tous les symptômes d'hérédo-syphilis.

Hémoptysie peu abondante. L'examen montre une matité presque totale de l'hémithorax droit avec silence respiratoire dans tout le poumon, sauf dans l'aisselle, où l'on entend quelques sous crépitants.

Une radiographie montre une opacité diffuse de tout le poumon droit avec grosse déviation du cœur.

Quelques jours plus tard, tous les signes pulmonaires ont disparu, la température est revenue à

la normale; une deuxième radiographie pratiquée, montre une transparence de tout le poumon droit.

On fait le diagnostic d'atélectasie post-hémoptoïque sans aucun doute d'origine hérédo-syphilitique.

Les auteurs de cette observation ont éliminé la tuberculose : pas de BK dans l'expectoration, pas de signes d'auscultation, pas d'antécédents.

Ils ont pensé à la syphilis, car ici tous les antécédents en faveur de cette étiologie sont nets.

OBSERVATION VII (Carnot, Laffite et Bons)

Jeune fille de 15 ans à antécédents tuberculeux nets. En bonne santé apparente, elle fait brusquement une hémoptysie. Elle ressent immédiatement une violente douleur au côté avec sensation d'angoisse et d'asphyxie que ne calme pas la morphine.

La température est à 40°; le pouls est rapide. L'examen clinique révèle :

— immobilité et rétraction de l'hémithorax droit;

— abolition des vibrations avec matité complète.

On entend à l'auscultation un gros souffle tubaire dans l'aisselle et la région parahilaire et des crépitations au sommet droit.

Un examen radiographique est pratiqué qui montre :

une rétraction importante de la cage thoracique droite;

— une attraction du médiastin à droite;

— l'hémi-diaphragme droit est fortement surélevé.

Quant au parenchyme pulmonaire, il existe une opacité diffuse de tout le poumon.

Quatre jours plus tard, tout rentre dans l'ordre. Il ne persiste que les seuls signes d'infiltration tuberculeuse.

SYMPTOMATOLOGIE

Dans quelques observations précédentes, des différentes publications parues sur l'atélectasie pulmonaire post-hémoptoïque, il est aisé de retirer les symptômes principaux qui permettront de parler de « syndrome atélectasique ».

Ces symptômes sont presque toujours les mêmes, bien que leur intensité soit variable.

Nous n'insisterons guère sur l'hémoptysie elle-même qui est en général d'abondance moyenne, et qui précède le plus souvent de deux à trois jours l'apparition des symptômes fonctionnels.

Par contre, tous les auteurs ont insisté sur la brusquerie habituelle du début. C'est un violent point de côté, s'accompagnant d'angoisse, de dyspnée et de tachycardie. Seule la morphine peut amender ce syndrome subjectif, variable encore selon les individus. La sensation de constriction

de tout un hémithorax, d'oppression intense est encore notée dans la plupart des cas.

D'autres fois le début est moins brutal. Les symptômes dont nous venons de parler se trouvent confondus avec les signes généraux de l'hémoptysie. C'est là un début assez fréquent chez l'enfant qui, d'ailleurs, extériorise moins bien ses impressions douloureuses que l'adulte.

Quant aux symptômes cliniques, ils sont eux aussi fort variables selon les cas. Que l'on ait à faire à une atelectasie massive de tout un poumon, ils seront très nets, alors qu'ils demanderont au contraire à être recherchés en cas d'atelectasie partielle ou même lobaire.

A l'inspection on note en général une certaine immobilité d'un hémithorax. Parfois même les espaces intercostaux paraissent rétrécis.

La palpation permet de constater l'abolition ou tout au moins une forte diminution des vibrations vocales du côté intéressé. Si l'atelectasie siège à gauche enfin, la pointe du cœur peut être déplacée et attirée du côté sain.

La percussion montre en général une matité très nette et étendue, dont la limite peut, dans certains cas, dominer celle de l'atelectasie.

A l'auscultation le murmure vésiculaire est aboli. Il peut faire place au silence respiratoire absolu

ou à quelques fines crépitations. Quelquefois on entend un gros souffle tubaire. Quant à la bronchophonie et à l'égophonie, si l'on peut les retrouver, elles sont beaucoup plus rares. Tous ces signes dépendent d'ailleurs de la perméabilité bronchique. Souvent aussi ils sont estompés par la présence d'une tuberculose sous-jacente et par les bruits adventices qui résultent de la présence du sang dans les voies aériennes. D'autres fois encore, il peut y avoir disparition des signes stéthoscopiques antérieurs.

Telle est la symptomatologie clinique. Elle ne peut en aucun cas permettre à elle seule d'affirmer un diagnostic. Elle ne peut que l'orienter. Aussi l'examen ne sera-t-il complet qu'après l'apport de la radiologie et les épreuves manométriques.

L'examen radiologique est capital. Il est malheureusement impossible d'y avoir recours systématiquement en présence de toute hémoptysie, dont la thérapeutique primordiale est avant tout le repos. Les quelques cas où l'on put avoir recours à lui dès le début ont permis de constater que les images atélectasiques apparaissent peu après le début des accidents. Elles sont le fait de l'affaïssement alvéolaire et de l'aspiration pleurale que provoquent les modifications survenues dans la

mécanique pulmonaire. Nous ne ferons que les rappeler :

— La zone pulmonaire intéressée est opaque et ceci d'autant plus que dans l'atélectasie pulmonaire post-hémoptoïque, le poumon est gorgé de sang. On constate qu'une zone plus ou moins étendue est sombre, homogène, diffuse.

— La trachée ne se projette plus sur l'ombre de la colonne vertébrale, mais à côté d'elle. Mais cette ombre demeure rectiligne. C'est là un fait sur lequel insiste Sergent.

— Le cœur est également dévié.

— L'angle costo-diaphragmatique s'éclaire moins bien; l'hémidiaphragme est surélevé et l'amplitude respiratoire est moins marquée que du côté opposé.

— On trouve parfois un léger affaissement du gril costal.

— Enfin l'équilibre tensionnel entre les deux poumons et la pression abdominale est rompu. A chaque inspiration, le médiastin se déplace du côté atteint et revient à sa position initiale à la fin de l'expiration.

La recherche de la pression pleurale devra encore être pratiquée. Elle permettra d'objectiver

cet état « d'aspiration pleurale ». Elle devra cependant être faite avec une extrême prudence afin d'éviter tout accident. Elle permet de constater, dans les cas typiques de très fortes pressions négatives allant jusqu'à -30 et au-delà.

Signalons enfin que certains auteurs ont préconisé l'injection interbronchique de lipiodol qui n'est peut-être pas exempte de danger et présente en tous cas moins d'intérêt que dans l'atélectasie par corps étranger.

EVOLUTION

L'évolution de l'atélectasie pulmonaire post-hémoptoïque se fait vers la guérison. C'est là l'éventualité habituelle. Il est fréquent d'observer dans les jours qui suivent les accidents initiaux le rejet de quelques caillots sanguins au milieu d'une quinte de toux. En même temps cesse la dyspnée et disparaissent les signes d'auscultation : tout rentre dans l'ordre dans un temps qui varie entre dix jours et trois semaines. Les signes radiologiques disparaissent. Il ne persiste que les signes stéthacoustiques antérieurement perçus.

Le pronostic, cependant, peut ne pas être des plus favorables. Qu'il s'agisse de lésions minimales, de cavernes de petit volume, l'atélectasie ne changera en rien l'évolution de la maladie. Qu'il s'agisse au contraire de caverne spacieuse drainée par une grosse bronche, si l'atélectasie est massive, on peut assister à une véritable « aspiration » de la cavité et à l'extension du processus ulcéreux.

FORMES CLINIQUES

Nous n'insisterons pas sur les formes anatomiques (atélectasie massive, lobaire ou partielle) mais seulement sur les formes symptomatologiques, les seules qui entrent dans le cadre de cette brève étude.

Le début peut être brusque. C'est la douleur brutale d'apparition soudaine, s'accompagnant d'oppression, de dyspnée et d'angoisse; d'autres fois il passe inaperçu. La dyspnée est peu marquée et si elle existe on en rend responsables les phénomènes hémoptoïques.

La fin des accidents peut également être brusque après rejet de quelques caillots de sang ou passer inaperçue, et n'être décelée que par la disparition de tous les signes radiologiques.

Selon leur évolution, l'on a rapporté des formes d'évolution longue, pouvant durer plusieurs

semaines. Mais en général elle n'excède pas quelques jours.

Enfin l'on conçoit selon l'importance des différents symptômes constatés lors de l'examen la multiplicité des formes cliniques dont les plus intéressantes sont peut-être les formes pauci-symptomatiques posant des diagnostics particulièrement délicats.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic d'atélectasie pulmonaire à la suite d'une hémoptysie est en général facile : sujet jeune, présentant des lésions ulcéro-caséuses évolutives et chez lequel les signes fonctionnels et l'examen physique permettent de conclure à la présence d'un « syndrome atélectasique ».

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Les symptômes en sont parfois estompés et avant de l'affirmer il est nécessaire de grouper le plus d'arguments possibles en vue du diagnostic. La preuve de la nature tuberculeuse de la maladie en cours peut être difficile à faire. L'atélectasie pulmonaire peut d'ailleurs s'observer au cours d'autres affections, ainsi qu'en témoigne l'observation de Cordier et Bouquin. Aussi, lorsqu'à la suite d'une hémoptysie l'on soupçonne une atélectasie, il faudra :

— Rechercher les symptômes.

— Eliminer les syndromes qui peuvent prêter à erreur.

Parmi les symptômes propres à l'atélectasie qu'il nous soit permis de rappeler les principaux :

— Début brutal avec point de côté et dyspnée.

— Immobilité d'un hémithorax.

— Matité, abolition des vibrations et du murmure vésiculaire remplacé par un souffle, et radiologiquement :

— Ombre homogène diffuse.

— Attraction médiastinale avec conservation des contours rectilignes de la trachée.

— Ascension d'une héli-coupole diaphragmatique.

Sans résultat de la pression négative intrapleurale qu'objectivera le manomètre.

En fait, comme il s'agit le plus souvent d'atélectasie massive, c'est la brusquerie du début et surtout la résolution, non moins brutale des accidents qui resteront les meilleurs éléments du diagnostic.

Ce sont ces différentes particularités du « syndrome atélectasique » qui permettront d'éliminer les syndromes qui pourraient prêter à erreur.

Un fibrothorax a pu donner lieu à des erreurs de diagnostic. Mais, comme l'ont montré Sergent et ses élèves, ici les côtes sont plus obliques; le cœur est attiré vers le gril costal et non vers le poumon opposé; la trachée de même dont les contours sont irréguliers; l'hémidiaphragme est festonné. Enfin les signes fonctionnels et « l'histoire de la maladie » sont tout autres.

Dans la pleurésie, il existe des phénomènes infectieux. La ponction pleurale ramène du liquide.

L'on sait encore avec quelle prudence il faut interpréter radiologiquement les images post-hémoptoïques, qui peuvent être atélectasie, poussée congestive, ou même caillots sanguins. L'on sait aussi combien les ombres parenchymateuses sont parfois difficiles à distinguer des ombres pleurales.

D'autres affections devront dans certains cas être discutées : telles une symphyse pleurale étendue, une image de pleurésie médiastinale, une bronchiectasie avec phénomène périfocaux inflammatoires, une poussée congestive simple ou chez un tuberculeux. Chez l'enfant, il faudra savoir penser aux poussées aiguës tuberculeuses à type de splénisation fugace.

Ainsi nous avons vu les fréquentes difficultés diagnostiques de l'atélectasie pulmonaire post-hémoptoïque. C'est dire la nécessité de toujours pratiquer un examen complet et de mettre tout en œuvre pour affirmer le diagnostic : radiologie, épreuves manométriques, radiographie après lipiodol, pleuroscopie même. (Obs. de Ameuille, Hinault et Fauvet.)

CONCLUSIONS

1° L'atélectasie post-hémoptoïque, sans être aussi fréquente qu'on a voulu le dire, est cependant loin d'être une rareté.

2° Elle s'observe surtout chez les adultes jeunes. Elle est rare chez l'enfant.

3° Elle se manifeste par un « syndrome atélectasique » que l'examen clinique permet de soupçonner, mais qui doit être confirmé en particulier par la radiologie et l'épreuve manométrique. Aucun des symptômes qui le constitue n'est à lui seul pathognomonique. L'évolution particulièrement rapide vers la disparition de tous les symptômes est peut-être le fait le plus important.

4° Si le diagnostic est dans certains cas facile à établir, il mérite néanmoins d'être toujours longuement discuté car les causes d'erreur sont multiples.

5° En présence d'un syndrome atélectasique, si l'hémoptysie n'a pas encore fait sa preuve, c'est à la tuberculose qu'il faut d'abord penser, tout en sachant que d'autres étiologies sont possibles.

Vu le Doyen :

TIFFENEAU.

Vu le Président :

TANON.

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris :

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- Ameuille et Bordet.* — Atélectasie pulmonaire.
(Traité de pathologie médicale : E. Sergent.)
- Ameuille, Hinpult et Fauvet.* — Vraies et fausses atélectasies pulm. (Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 14 mai 1937.)
- Anglade.* — De l'atélectasie pulmonaire. (Thèse Paris, 1936.)
- Benda et Mollard.* — L'inflammation péri focale et épituberculeuse pratique. (Journ. de Méd. et Chir. pratiques, 25 novembre 1935.)
- Benedetti.* — Contribution nouvelle à l'étude du collapsus massif du poumon, spécialement au cours des hémoptysies. (Arch. Pulm. et Clin. Méd., T. 14, p. 301, 1934.)
- Boguet (L.-R.).* — Atélectasie pulmonaire massive post-hémoptoïque. (Thèse Paris, 1938.)
- Cardis (F.).* — L'atélectasie peut-elle résulter de la contraction du poumon? (Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris, 21 février 1936.)

- Carnot, Laffitte et Bons.* — Atélectasie pulmonaire brusque par hémoptysie. (Soc. Méd. Hôp. Paris, 14 février 1936.)
- Clerc et André (R.).* — Les images triangulaires pleuro-pulmonaires de la base. (Progrès Méd., 6 juillet 1935.)
- Cordier et Bouquin.* — Atélectasie pulmonaire au cours des hémoptysies. (Paris Médic., 17 février 1934.)
- Coryllas et Birnbaum.* — Obstruction massive atélectasies. (Arch. of Surgery, 16, 1928.)
- Courcoux (A.).* — Atélectasie totale massive du poumon consécutive à des hémoptysies. (Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris, 28 février 1936.)
- Debre (R.) et Lamy (M.).* — Les images triangulaires des bases thoraciques chez l'enfant. (Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris, 13 mai 1935.)
- Guillemin (D.).* — Contribution à l'étude de l'atélectasie post-hémoptoïque chez l'enfant. (Thèse Paris, 1938.)
- Habliston.* — La pression pleurale dans le collapsus massif du poumon. (The American Jour. of the Med. Sciences, décembre 1928.)
- Holmes.* — La radioscopie dans l'atélectasie massive post-opératoire. (The Journal of the American Med. Assoc., N° 2, juillet 1921.)
- Jacobeus.* — Sur un cas d'atélectasie post-hémoptoïque. (Acta. Scand. Med., 1928.)

- Kanony.* — Un cas d'atélectasie par masse caséuse chez un tuberculeux pulm. (Revue Tuberc., janvier 1934.)
- Kourilsky et Anglade.* — L'atélectasie pulmonaire expérimentale. (Arch. Méd. Chir. App. Resp., 1936.)
- Mamon, Patte et Gallot.* — Traitement de l'atélectasie pulm. (Arch. Méd. Chir. App. Resp., p. 331, 1936.)
- Naveau.* — Du rôle de l'atélectasie dans la collapsothérapie des cavernes tub. (Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 14 février 1936.)
- Naveau et Pesque.* — Aspects cliniques et radiologiques de l'atélectasie pulm. massive au cours de la tub. (Arch. Méd. Chir. App. Resp., 1934, N° 3.)
- Naveau.* — Atélectasie massive dans la tub. (Revue de la Tuberculose, janvier 1934.)
- Racine, Patte, Gallot, Turiaf et Brincourt.* — Sur les formes cliniques de l'atélectasie pulmonaire. (Arch. Méd. Chir. App. Resp.)
- Rousseau et Naveau.* — Atélectasie massive du poumon gauche consécutive à une hémoptysie. (Soc. Méd. Hôp. Québec, juillet 1933.)
- Randon.* — Contribution à l'étude de l'atélectasie pulmonaire post-hémo. (Thèse Montpellier, 1938.)

- Rymer (M.).* — Les aspects cliniques de l'atélectasie pulmonaire et leurs indications thérapeutiques. (Thèse Paris, 1938.)
- Saye.* — Deux observations de collapsus massif atélectasique du poumon consécutif à l'hémoptysie dans la tuberculose pulmonaire. (Arch. Méd. Chir. App. Resp., T. 7, 1932.)
- Saye.* — Sur les formes cliniques de l'atélectasie pulmonaire. (Soc. Méd. Hôp. Paris, mars 1936, N° 7.)
- Sergent et Vibert.* — Les images radiologiques dues à l'atélectasie pulmonaire et à la paralysie du nerf phrénique. (Arch. Méd. Chir. App. Resp., T. V, 1930, N° 2.)
- Sergent, Durand, Kourilsky, Racine et Turiaf.* — Diagnostic de l'atélectasie pulm. (Soc. Méd. Hôp. Paris, 24 février 1936.)
- Soulas.* — Notes cliniques sur les formes associées de l'atélectasie pulm. (Rev. Tuberc., mai 1934.)
- Stoïchitză.* — Collapsus massif du poumon après hémoph. (Rev. Tub., janvier 1933.)
- Tobe et Degeorges.* — Collapsus pulmonaire aigu après hémoptysie. (Revue de la Tuberculose, 1934.)

